記入例　　の枠内を記入ください

橿原市産婦健康診査受診費請求書（　回目）　　県外等受診者用

（請求日）　　年　　月　　日

金　　円

但し、産婦健康診査受診に要した費用について

（宛先）橿原市長

住　　所
氏　　名
電話番号

出産日	年　　月　　日		
受診機関名称			
受診年月日	健診に要した費用（A）	助成限度額（B）	申請金額（A）（B）の内いずれか少ない額
年　　月　　日	円	５，０００円	円
申請（請求）金額			円

産婦健康診査受診証明書

産婦健康診査受診日を記入してください。

受診日　　令和　　年　　月　　日

産婦健康診査に要した費用（**健康保険が適用される場合は対象になりません**）

金　　円

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

所在地・実施機関名・担当医師（助産師）氏名の記入と押印をお願いします。

所在地

健診実施機関名

担当医師（助産師）氏名　　㊞

証明書を記入した日を記入してください。

（宛先）橿原市長